

POISTNÁ ZMLUVA

číslo

2-370-301907

Colonnade Insurance S.A.
so sídlom Rue Jean Piret 1, L-2350 Luxemburg, Luxembursko
zapísaná v Obchodnom registri Luxemburg pod č. B 61605

konajúca prostredníctvom

Colonnade Insurance S.A., pobočka poisťovne z iného členského štátu
Moldavská cesta 8 B, 042 80 Košice, Slovenská republika

IČO: 50 013 602

zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Košice I, oddiel Po, vložka číslo 591/V

DIČ: 4120026471 IČ DPH: SK4120026471

v zastúpení: Ing. Zuzana Ondrčková, underwriter konajúci na základe poverenia
Ing. Ján Šajban, senior underwriter konajúci na základe poverenia

Bankové spojenie: Citibank Europe plc, pobočka zahraničnej banky SWIFT: CITISKBA

Číslo účtu: 1102100306/8130 IBAN: SK16 8130 0000 0011 0210 0306

(ďalej len „poistiteľ“)

a

Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok – fakultná nemocnica
Gen. Miloša Vesela 21, 034 26 Ružomberok, Slovenská republika

IČO: 3196415

zapísaná v Registri organizácii Štatistického úradu Slovenskej republiky

DIČ: 2020590187 IČ DPH: SK2020590187

v zastúpení: brig. gen. MUDr. Vladimír LENGVARSKÝ, MPH

Bankové spojenie: : Štátna pokladnica Bratislava

IBAN: SK84 8180 0000 0070 0017 7393

SWIFT: SPSRSKBA

(ďalej len „poistník“)

uzatvárajú

v zmysle § 788 a nasl. Občianskeho zákonníka túto
poistnú zmluvu pre
skupinové úrazové poistenie.

Skupinové úrazové poistenie – špecifikácia

Začiatok poistenia:	28. januára 2021
Koniec poistenia:	Doba neurčitá
Poistné obdobie:	Bežný rok
Minimálne a zálohové ročné poistné:	240,00 EUR
Splatnosť poistného:	Poistné je splatné vždy 28. januára každého roka v zmysle faktúry vystavenej poisťiteľom.
Spôsob úhrady poistného:	Poistník uhrádza poistné na účet poisťiteľa č. 1102100306/8130 v Citibank Europe plc, pobočka zahraničnej banky, SWIFT: CITISKBA, IBAN: SK168130000001102100306, variabilný symbol 2370301907, konštantný symbol 3558.

Špecifikácia skupiny: menované osoby uvedené v Prílohe č.1 určené poisťníkom ako dobrovoľníci pracujúci na základe zmluvy o výkone dobrovoľníckej činnosti v zmysle § 6 Zákona č.406/2011 Z.z. o dobrovoľníctve.

Časová obmedzenosť poistenia: počas aktívneho výkonu dobrovoľníckej činnosti špecifikovanej dobrovoľníckou zmluvou uzatvorenou medzi poisťníkom a poisteným na mieste poistenia.

Miesto poistenia: Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok – fakultná nemocnica Gen. Miloša Vesela 21 a Považská 2, 034 26 Ružomberok

Špecifikácia poistných súm, poistného pre jednotlivé riziká pre každého poisteného:

POISTNÉ KRYTIE	POISTNÁ SUMA	Ročné POISTNÉ
Smrť následkom úrazu	5 000,00 EUR	12,00 EUR
Trvalá invalidita následkom úrazu	5 000,00 EUR	
Denné odškodné pri hospitalizácii následkom úrazu	5 ,00 EUR	
Denné odškodné následkom úrazu	5,00 EUR	

Poistné:

Počet poistených v danej skupine	Ročné poistné na 1 poisteného v danej skupine	Minimálne a zálohové ročné poistné
20	12,00 EUR	240,00 EUR
Výsledné poistné za dojednané poistné obdobie:		240,00 EUR

Na úhradu všetkých škôd vzniknutých pri poistnej udalosti z úrazového poistenia viacerých osôb poistených touto poistnou zmluvou (kumulatívny limit poistného plnenia), poisťiteľ poskytne všetkým poškodeným poisteným spolu poistné plnenie maximálne vo výške 50 000,00 EUR.

Článok 1 Poistené osoby

1. Osoby poistené touto poistnou zmluvou sú dobrovoľníci uvedení v Prílohe č.1 tejto poistnej zmluvy počas výkonu dobrovoľníckej činnosti pre poistníka na základe písomnej zmluvy o výkone dobrovoľníckej činnosti medzi poisteným a poistníkom.
2. Poistené osoby sú poistené pokiaľ boli splnené nasledovné náležitosti: majú s poistníkom písomne uzavretú zmluvu o výkone dobrovoľníckej činnosti a po príchode na miesto výkonu dobrovoľníckej činnosti sú zapísané do denníka dochádzky a existuje písomný záznam o ich prítomnosti na mieste poistenia určenom pre výkon dobrovoľníckej činnosti, ktorým je pre účely a v zmysle tejto poistnej zmluvy: Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok – fakultná nemocnica, Gen. Miloša Vesela 21 a Považská 2, 034 26 Ružomberok.
3. Poistením nie sú kryté škody na zdraví, ktoré vznikli z titulu výtržníctva alebo vandalizmu.
4. Osoby poistené touto poistnou zmluvou sú uvedené v aktuálnej Prílohe č.1. (aktuálna príloha č. 1. je príloha č. 2 aktualizovaná prílohami č. 3 a č. 4)
5. Poistené osoby sa uvádzajú menom, priezviskom a dátumom narodenia.

Článok 2 Minimálne a zálohové ročné poistné

1. Zálohové poistné za ročné poistné obdobie sa v poistnej zmluve stanoví s ohľadom na predpokladaný minimálny počet poistených osôb počas poistného obdobia. Ak poistník oznámi počas poistného obdobia zmenu v počte poistených osôb, poistiteľ vykoná výpočet poistného podľa skutočného počtu poistených osôb a počtu dní trvania ich poistenia. Poistiteľ vyfakturuje poistníkovi prípadný doplatok poistného najneskôr do 30 dní po ukončení poistného obdobia. Poistník je povinný uhradiť doplatok poistného v lehote splatnosti uvedenej na faktúre. Poistiteľovi patrí poistné minimálne vo výške zálohového poistného dohodnutého v poistnej zmluve.

Článok 3 Aktualizácia poistených osôb, začiatok a koniec poistenia

1. Okrem osôb uvedených v zozname poistených osôb tvoriacich prílohu k tejto poistnej zmluve sa zmluvné strany dohodli, že poistenie možno rozšíriť o ďalších dobrovoľníkov pracujúcich pre poistníka, a to na základe kompletne vyplnenej Prihlášky do poistenia (príloha č. 2), ktorej obsah a forma je stanovená v prílohe tejto poistnej zmluvy. V takom prípade poistenie vzniká dňom podpisu zmluvy o výkone dobrovoľníckej činnosti pre poistníka. Prihlášku do poistenia podľa tohto odseku je poistník povinný zaslať poistiteľovi na e-mailovú adresu najneskôr do 5 pracovných dní odo dňa podpisu zmluvy o výkone dobrovoľníckej činnosti v elektronickej forme. V opačnom prípade poistenie dobrovoľníka vzniká až dňom doručenia žiadosti poistiteľovi.
2. Ukončením zmluvy o dobrovoľníckej činnosti poistenej osoby, zaniká poistenie tejto osoby. Poistník je povinný oznámiť toto ukončenie zmluvy o výkone dobrovoľníckej činnosti poisteného zaslaním Odhlášky z poistenia spôsobom a v lehote podľa článku II. bod 1.
3. Poistiteľ potvrdí akceptáciu skutočností (údajov), uvedených v Prihláške do poistenia, resp. v Odhláške z poistenia, najneskôr do troch pracovných dní odo dňa ich doručenia na emailovú adresu marcela.zarikova@colonnade.sk, a to zaslaním emailu naspäť na emailovú adresu sprostredkovateľa poistenia, z ktorej bola Prihláška do poistenia, resp. Odhláška z poistenia odoslaná.

4. Po uplynutí poistného obdobia poistiteľ stanoví Predpis poistného za ukončené poistné obdobie so zohľadnením stavu poistených osôb prihlásených do poistenia a odhlásených z poistenia počas poistného obdobia.
5. Poistiteľ stanoví predpis poistného za ukončené poistné obdobie s ohľadom na skutočnú dobu trvania poistenia vzťahovaného na jednotlivé poistené osoby formou pro-rata výpočtu - ročné poistné na poistenú osobu / 365 x počet dní trvania poistenia vzťahovaného na konkrétnu poistenú osobu.
6. Poistiteľ stanoví konečný predpis poistného za ukončené poistné obdobie v zmysle predchádzajúceho bodu najneskôr do 30 dní odo dňa konca poistného obdobia a vystaví faktúru na doplatok poistného. Poistník je povinný uhradiť doplatok poistného najneskôr do dňa (dátumu) splatnosti faktúry.
7. Poistiteľ najneskôr do 30 dní odo dňa konca poistného obdobia, na základe aktualizovaného Zoznamu poistených osôb, zašle poistníkovi faktúru na úhradu poistného za príslušné poistné obdobie, pričom poistník je povinný uhradiť toto poistné najneskôr do dňa (dátumu) splatnosti faktúry.

Článok 4 **Hlásenie poistných udalostí**

1. Poistník je povinný bez zbytočného odkladu poistiteľovi písomne oznámiť, že nastala poistná udalosť.
2. V prípade poistnej udalosti je poistník povinný preukázať, že poškodená fyzická osoba bola v čase vzniku poistnej udalosti dobrovoľníkom na základe písomnej zmluvy o výkone dobrovoľníckej činnosti a úraz sa stal počas a na mieste výkonu dobrovoľníckej činnosti. Poistník je tiež povinný preukázať prítomnosť poškodenej osoby na pridelenom pracovisku podľa zmluvy o výkone dobrovoľníckej činnosti minimálne dvoma svedeckými výpoveďami, pričom jedna svedecká výpoveď musí byť od vedúceho zamestnanca dohliadajúceho na výkon práce na mieste poistenia.
3. Poistník je povinný pri hlásení poistnej udalosti:
 - potvrdiť tlačivo hlásenia úrazu pečiatkou a podpisom svojho zodpovedného pracovníka,
 - vystaviť potvrdenie o tom, že k úrazu poisteného došlo pri činnosti, pre ktorú je poistenie dojednané,
4. Poistník zodpovedá za správne vyplnenie ako aj za prípadné zneužitie dokladov súvisiacich s poistením alebo týkajúcich sa poistenia, ktoré je povinný poistiteľovi vystaviť alebo potvrdiť podľa tejto zmluvy pracovníkmi, ktorých touto činnosťou poveril. Poistník je povinný nahradiť poistiteľovi prípadnú škodu, ktorá poistiteľovi vznikne, nesprávnym vyplnením prípadne zneužitím takýchto dokladov zo strany povereného pracovníka poistníka. Poistník nezodpovedá za škodu, ak k takémuto nesprávnemu vyplneniu alebo zneužitiu dokladov došlo konaním, nekonaním a/alebo opomenutím iných osôb než jeho poverených pracovníkov, napr. konaním poistených osôb.
5. Ak vzniklo právo na poistné plnenie z úrazového poistenia fyzickej osobe, ktorá nemá na území Slovenskej republiky trvalé bydlisko, je povinná poistiteľovi predložiť:
 - a) lekárske správy a zdravotnú dokumentáciu týkajúcu sa poistnej udalosti v slovenskom jazyku (úradne overený preklad),
 - b) ďalšie doklady požadované poistiteľom v slovenskom jazyku (úradne overený preklad).

Článok 5 Záverečné ustanovenia

1. Túto poistnú zmluvu je možné dopĺňať a meniť len číslovanými písomnými dodatkami podpísanými zástupcami oprávnených strán.
2. Pokiaľ sa jednotlivé ustanovenia tejto poistnej zmluvy stanú neúčinnými, nie je tým dotknutá účinnosť ostatných ustanovení.
3. Zmluvné strany sa oboznámili s obsahom tejto poistnej zmluvy, porozumeli jej a na znak súhlasu ju dobrovoľne podpísali.
4. Táto zmluva je povinne zverejňovanou zmluvou v zmysle § 5a zákona č. 211/2000 Z. z. o slobodnom prístupe k informáciám a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.
5. Táto zmluva nadobúda platnosť dňom podpisu oboch zmluvných strán a účinnosť nasledujúcim dňom po dni jej zverejnenia v centrálnom registri zmlúv Úradu vlády SR.
6. Táto poistná zmluva je vyhotovená v dvoch rovnopisoch, po jednom pre každú zmluvnú stranu

Súčasti poistnej zmluvy

Neoddeliteľnou súčasťou tejto poistnej zmluvy sú:

1. Všeobecné poistné podmienky pre poistenie úrazu a poistenie choroby (CI 380/20/07)
2. Osobitné poistné podmienky úrazového poistenia pre riziko smrti následkom úrazu a trvalej invalidity následkom úrazu (CI 381/20/04)
3. Osobitné poistné podmienky úrazového poistenia pre riziko denného odškodnenia za pobyt v nemocnici následkom úrazu (CI 384/20/04)
4. Osobitné poistné podmienky pre skupinové poistenie úrazu a poistenie choroby (CI 388/20/04)
5. Osobitné poistné podmienky úrazového poistenia pre riziko denného odškodnenia následkom úrazu (CI 389/20/04)
6. Príloha č. 1 – Zoznam poistených osôb
7. Príloha č. 2 – Výkaz poistených osôb pre ďalšie poistné obdobie
8. Príloha č. 3 – Zoznam osôb, pre ktoré skončilo poistenie v priebehu poistného obdobia
9. Príloha č. 4 – Zoznam osôb, pre ktoré začalo poistenie v priebehu poistného obdobia
10. Výpis zo Štatistického registra organizácií (CI Info GDPR/20/04)

Prehlásenie poistníka

Prehlasujem, že:

- všetky údaje uvedené v tejto poistnej zmluve sú pravdivé a úplné a že som nezamlčal žiadnu skutočnosť, ktorá je podstatná pre uzavretie tejto poistnej zmluvy;
- bol som oboznámený so všeobecnými poistnými podmienkami a ustanoveniami tejto poistnej zmluvy a zároveň potvrdzujem, že som ich v písomnej forme prevzal;
- súhlasím s tým, že prihlášku, resp. odhlášku z poistenia môže v mojom mene zaslať sprostredkovateľ poistenia z e-mailovej adresy sprostredkovateľa poistenia uvedenej v článku 2 tejto poistnej zmluvy.
- som bol pred uzavretím poistnej zmluvy oboznámený a že som zároveň obdržal v písomnej forme príslušné údaje v zmysle ust. § 792a Občianskeho zákonníka v platnom znení (nachádzajú sa vo všeobecných poistných podmienkach a sú prístupné na webovom sídle poistiteľa www.colonnade.sk);
- rozumiem všetkým ustanoveniam tejto poistnej zmluvy a súhlasím s nimi.

Zároveň prehlasujem, že:

a) mi boli poskytnuté Informácie o spracúvaní osobných údajov podľa článkov 13 a 14 nariadenia Európskeho parlamentu a Rady 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktoré sú prístupné aj na webovom sídle poistiteľa www.colonnade.sk.

b) som oboznámil jednotlivé poistené osoby s pravidlami ochrany osobných údajov a poskytol im Informácie o spracúvaní osobných údajov, a to najneskôr do jedného mesiaca od okamihu, kedy som predložil údaje o konkrétnej poistenej osobe poisťovni, t.j. od predloženia prvého Zoznamu poistených osôb.

V Ružomberku dňa 27.01.2021

V Bratislave dňa 27.01.2021

.....
Ústredná vojenská nemocnica SNP
Ružomberok – fakultná nemocnica
brig. gen. MUDr. Vladimír LENGVARSKÝ, MPH

.....
poistiteľ

.....
poistiteľ

Príloha č. 1 – Zoznam poistených osôb

Strana 1 z 1

Poistná zmluva č.: 2-370-301907

Dátum:

Skupina:

Poradové číslo	Meno a Priezvisko	Dátum narodenia	Začiatok poistenia
1	Daniel Filek		28.01.2021

Príloha č. 2 - Výkaz poistených osôb pre ďalšie poistné obdobie

k poistnej zmluve č. 2-370-301907

pre poistné obdobie od do

Skupina	Počet poistených v danej skupine pre ďalšie poistné obdobie	Ročné poistné na 1 poisteného v danej skupine	Výsledné ročné poistné za celú skupinu
I.			
II.			
III.			
IV.			
V.			
Celkové ročné poistné:			
Celkové poistné za dojednané poistné obdobie:			

Vyúčtovanie poistného za predchádzajúce poistné obdobie:

Skupina	Skutočný prepočítaný počet poistených v danej skupine za predchádzajúce poistné obdobie	Ročné poistné na 1 poisteného v danej skupine	Výsledné zodpovedajúce ročné poistné za celú skupinu
I.			
II.			
III.			
IV.			
V.			
Celkové zodpovedajúce ročné poistné pre predchádzajúce poistné obdobie:			
Celkové zodpovedajúce poistné za predchádzajúce poistné obdobie:			

1	Celkové poistné za predchádzajúce poistné obdobie	
2	Celkové zodpovedajúce poistné za predchádzajúce poistné obdobie	
3	Celkové poistné za dané poistné obdobie	
4	Celková suma k úhrade (2 – 1 + 3)	

Vyhotovil:

V dňa

.....
podpis a pečiatka poistiteľa

